E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGENITAUX LYMPHOÏDES

DE LA BASE DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Avril 1924

PAR

Luc DUNAN

Né à Nimes, le 16 octobre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, professeur, *Président*. JEANBRAU, professeur. SOUBEYRAN, agrégé. CARRIEU, agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGENITAUX LYMPHOÏDES

DE LA BASE DU COU

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0048

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGENITAUX LYMPHOÏDES

DE LA BASE DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Avril 1924

PAR

Luc DUNAN

Né à Nimes, le 16 octobre 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { VIRES, professeur, *Président.* / JEANBRAU, professeur. / SOUBEYRAN, agrégé. / CARRIEU, agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*. ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. d. c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.)
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Pathologie médicale	CARRIEU.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON (L).
Stomatologie	Dr WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT, GIRAUD, BOUDET, CARRIEU.	Chirurgie	MM. RICHE, ETIENNE, LAPEYRE
Anatomie	DELMAS (J.).	Histoire natur.	GALAVIELLE, CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	LAMARQUE.
Histologie	TURCHINI.	Ophtalmologie	VILLARD.
		Physiologie	HEDON (L.).

Examinateurs de la thèse:

MM. VIRES, professeur, *président*. | SOUBEYRAN, agrégé.
JEANBRAU, professeur. | CARRIEU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE REGRETTÉE

Dont la famille m'a tant adouci l'absence

A MON PÈRE

A MES PARENTS

L. DUNAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÉSE

L. DUNAN.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur d'exprimer à tous nos maîtres les sentiments de reconnaissance qu'ils ont su nous inspirer en nous prodiguant, durant le cours des quelques années passées au sein de cette Faculté, leurs leçons et leurs conseils.

Nous ne savons comment nous pourrons nous acquitter envers M. le Professeur agrégé Soubeyran pour l'amitié et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignées. Non seulement il a été pour nous un guide sûr dans nos études médicales, mais encore les conseils de l'amateur éclairé et du collectionneur averti qu'il est n'ont pas peu contribué à développer en nous l'amour du Beau. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier, au début de cette thèse qu'il a inspirée, des conseils excellents et des marques de sympathie qu'il nous a journellement prodigués et de lui témoigner notre vive reconnaissance et nos sentiments profonds de dévouement.

Nous prions M. le Professeur Vires d'agréer nos respectueux sentiments de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

M. le Professeur Jeanbrau a bien voulu se souvenir, en faveur du fils, de la vieille amitié qui l'unissait au père. Il nous l'a témoignée une fois de plus en acceptant de faire partie de notre jury de thèse. Qu'il trouve ici l'assurance

de notre entier dévouement et de notre profonde gratitude.

Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Carrieu qui, lui aussi, a bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Enfin, il nous reste un devoir bien doux à remplir: celui de remercier ici nos amis: Mme et M. L. Durand, pour toutes les marques d'affection qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant toute la durée de notre séjour à Montpellier. Qu'ils nous permettent de leur redire encore toute notre reconnaissance et notre gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES CONGENITAUX LYMPHOÏDES

DE LA BASE DU COU

INTRODUCTION

Les kystes congénitaux de la région latérale du cou ont été longuement étudiés par les Classiques.

Leur Symptomatologie et leur Traitement sont bien connus à l'heure actuelle. Il en est tout autrement de leur Etiologie et de leur Pathogénie.

Le dernier mot n'a pas encore été dit sur ces questions : elles sont en pleine évolution.

Cependant, à l'occasion d'un de ces kystes, opéré par notre maître et ami, M. le Professeur Soubeyran, nous avons cru bon, sans avoir la prétention de les résoudre, d'exposer l'état actuel de ces deux problèmes et les hypothèses qu'ils ont inspirées.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les kystes congénitaux constituent une catégorie importante de ces *maladies d'origine congénitale,* si magistralement étudiées par Kirmisson, en 1886.

Quoiqu'on puisse en trouver dans les différentes régions de l'économie, le cou comme la face, en est fréquemment le siège. Ce fait tient à la complexité du développement de cette région.

Leur étude est relativement récente.

Si on en excepte Celse qui, dans l'antiquité, semble les avoir entrevus (1), ce n'est qu'à partir du XIX[e] siècle qu'on commence à en trouver des traces dans la littérature chirurgicale.

Pourquoi ce long silence de plusieurs siècles?

On est fondé à admettre que les observateurs, pourtant si perspicaces de la période arabe, du Moyen-Age, de la Renaissance, considéraient ces tumeurs comme de simples monstruosités (ainsi que le pense le docteur Boucher), ou bien, les confondant avec les tumeurs du corps thyroïde, les prenaient pour des goîtres.

---

(1) Cet auteur parle de tumeurs enkystées situées dans le cou et contenant une matière semblable à du miel, parfois même des poils et des petits os, *interdum etiam minutis ossibus pili immixti.*

Boyer (1821), d'abord, puis Maunoir, de Genève (1825), signalent les premiers l'existence de tumeurs liquides dans la région du cou et leur complète indépendance d'avec le corps thyroïde.

Redenbacher vient ensuite (1829). Le premier, il donne une description un peu plus complète de ces tumeurs ; mais il semble les avoir confondues avec les grenouillettes.

Walker et Ebermayer, en Allemagne, signalent quelques cas de kystes du cou et, en 1839, dans les *Annales Hanovriennes,* paraît un article assez étendu de Draste sur ce sujet.

La même année, César Hawkins publie un long mémoire dans lequel il étudie une variété particulière de kystes (très probablement les kystes séreux). L'auteur insiste déjà sur les prolongements que présentent ces tumeurs du côté des organes profonds du cou et il signale les difficultés qui en résultent pour leur extirpation complète.

Dès maintenant on peut donc noter une division de ces kystes en deux grandes classes : kystes congénitaux et kystes séreux, division qui ne répond qu'à leur étude clinique.

Quatre ans plus tard, Wernher, dans un long travail très documenté, les classe en kystes simples et kystes composés.

Aucun Français, jusqu'alors, n'avait apporté sa contribution à cette étude. Cloquet, Richard, Lebert, Nélaton avaient bien affirmé que les kystes du cou étaient formés aux dépens des ganglions lymphatiques, mais « c'est à M. Lorrain que revient l'honneur d'avoir publié chez nous la première observation de cette affection, recueillie par lui dans le service de M. le professeur Nélaton (1853) ».

J. Gilles le suit bientôt. Puis Virlet, dans sa thèse, résume les connaissances jusqu'ici acquises sur ce sujet.

Enfin, en 1868, l'importante thèse de Boucher complète l'étude anatomo-pathologique, clinique et thérapeutique de la question.

Jusqu'ici, les auteurs se sont contentés d'un simple examen macroscopique. Aussi une seule classification existe-t-elle, celle de Wernher, que nous avons signalée au début de cet historique.

Cette question en serait restée là si le microscope, en permettant une étude anatomo-pathologique détaillée des parois des kystes et de leur contenu, n'était venu la transformer en un vaste champ de recherches plein d'attraits et de mystères.

Wegner (1877), Middeldorpf (1883), en Allemagne; Lannelongue et Achard (1886), Kirmisson (1886), Lannelongue et Ménard (1891), en France, en complètent l'étude clinique et commencent à les classer du point de vue anatomo-pathologique.

Les kystes congénitaux, bien séparés alors des kystes séreux, sont à leur tour divisés en kystes dermoïdes, kystes mucoïdes et kystes mixtes.

Lücke, en 1861, publie la première observation de kyste présentant du tissu lymphoïde dans sa paroi. Schede, en 1872, en publie une identique. Ensuite, Neumann et Baumgarten en relatent deux nouvelles. En 1885, c'est Albarran qui, à la Société Anatomique de Paris, présente une pièce enlevée par Campenon, qui n'est autre qu'un kyste profond du cou, dont la paroi montrait en dehors d'un épithélum pavimenteux stratifié une grande quantité de tissu lymphoïde.

Dans sa thèse, Mlle Sulicka (1894), présente une observation, non pas de kyste, il est vrai, mais de fistule congénitale bilatérale du cou, dont la paroi a la même structure que celle du kyste de M. Albarran.

Plus récemment, en Allemagne, Sultan (1898), rapporte cinq observations de kystes du cou, dont il a pratiqué personnellement l'examen histologique. Sur ces cinq observations, quatre fois Sultan a trouvé sous le revêtement épithélial de la paroi une couche plus ou moins épaisse de tissu réticulé. Dans un cas, même, il existait de véritables follicules avec centres germinatifs.

A la même époque, A. Broca reprend cette question dans un article du Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Plus près de nous, nous devons citer les travaux de Terrier et Lecène (1905), de Le Dentu et Delbet (1913), et la mention que Masson réserve aux kystes amygdaloïdes dans son Précis sur les Diagnostics de Laboratoire (1923).

Telles sont les diverses étapes par lesquelles a passé l'étude des kystes qui nous intéressent. Nous avons certainement omis beaucoup de noms de cliniciens et d'histologistes qui sont venus apporter à cette question l'appoint de leurs observations; mais nous ne voulions, dans ce court chapitre, qu'esquisser à grands traits l'historique de ces kystes.

CHAPITRE II

Observation inédite

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Soubeyran)

La jeune X..., âgée de 2 ans, est présentée, le 20 février 1922, à M. le professeur Soubeyran, pour une tumeur située dans la région claviculaire gauche.

Un an avant, ses parents s'étaient aperçus de la présence d'une petite tuméfaction qui soulevait la peau dans la région sus-claviculaire gauche. Elle avait alors le volume d'une noix, était indolore et ne provoquait aucune gêne fonctionnelle.

Cependant, neuf mois après, en décembre 1921, cette tumeur se met à grossir lentement, mais sans douleur et sans aucun phénomène inflammatoire. Les parents se décident à faire examiner leur enfant.

Examen de la malade. — La petite malade est une enfant bien constituée, vigoureuse, en excellent état général, sans antécédents personnels ni héréditaires.

Les régions sus-claviculaire et claviculaire gauches sont occupées par une tuméfaction du volume de deux poings d'adulte.

Cette vaste tumeur sessile est implantée entre le maxillaire inférieur et la clavicule. Elle recouvre presque complètement celle-ci et s'étend latéralement du bord droit du sternum au creux axilaire gauche, en recouvrant la

partie inférieure du sterno-cléïdo-mastoïdien. Elle apparaît comme formée de deux masses : l'une, la plus volumineuse, d'aspect trilobé dû à deux sillons peu marqués, verticaux et parallèles ; l'autre, beaucoup plus petite, est

située au-dessus de la partie médiane de la masse principale, dont elle n'est séparée que par un sillon peu profond.

A ce niveau, la peau a son aspect normal. L'ensemble est légèrement bleuâtre.

A la palpation, sa consistance est mollasse. La sensation de flot est très nette. La tumeur ne présente pas de trace de battements ni de réductibilité. On ne sent aucun ganglion dans les régions sous-maxillaire et carotidienne. La tumeur n'est pas nettement mobile sur les plans sous-

jacents. La peau est mobile sur elle, sauf sur une très petite partie du lobule supérieur.

Le diagnostic de kyste ne fait aucun doute et l'intervention proposée est acceptée.

Opération. — Anesthésie chloroformique avec l'appareil de Beaugrand.

Incision cutanée de dix centimètres environ sur la partie la plus saillante de la tumeur et parallèlement à la clavicule. La dissection de la peau adhérente à la paroi kystique permet une énucléation relativement facile. La tumeur ne présente aucune adhérence ni avec la clavicule, ni avec le sternum. Par contre, elle se prolonge dans la profondeur par un pédicule grêle qui, contournant le sterno-cléïdo-mastoïdien, va se perdre dans la gaine du paquet vasculo-nerveux du cou. Ce pédicule est sectionné après avoir été lié.

La tumeur enlevée, la peau est suturée aux crins de Florence, sans drainage.

La petite malade se lève le lendemain et part guérie le huitième jour.

Examen macroscopique de la tumeur et caractères du contenu. — C'est une poche kystique, du volume d'une grosse orange. La surface est lisse et revêtue de tissu conjonctif lâche.

A l'incision, il s'écoule un liquide citrin, transparent et légèrement filant. Son ensemencement a été négatif.

La paroi de la poche est mince, gris-bleuâtre.

Sa surface interne est lisse, blanchâtre, très légèrement rosée. Aucune saillie n'est apparente. Le pédicule n'est pas perméable.

Examen histologique. — Après durcissement dans le

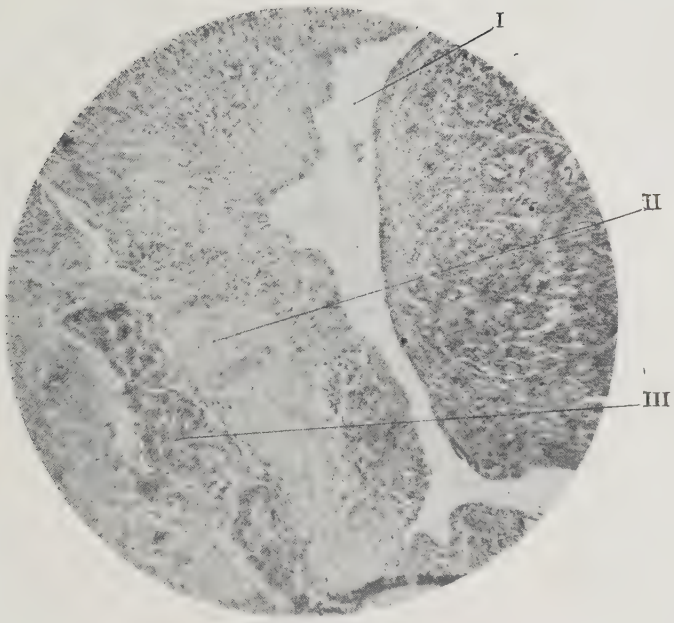

Fig. 1. — *Coupe de la paroi du kyste*

I, lumière du kyste. — II, ébauches de fibres musculaires lisses. III, gros capillaires gorgés de sang

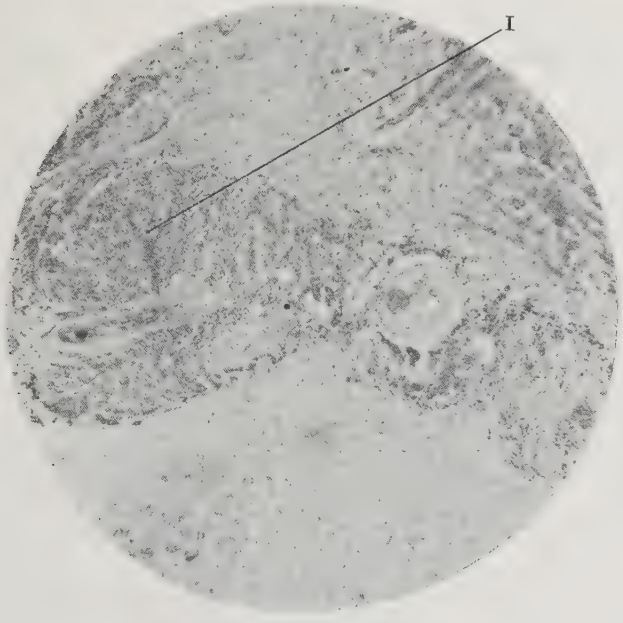

Fig. 2. — *Coupe de la paroi du kyste*

I, formations lympoïdes

formol salé et inclusion dans la paraffine, des coupes sont faites et colorées par l'hématéine-éosine, le bleu polychrome, la safranine, le picro-carmin.

L'examen microscopique montre, bordant la cavité kystique, une couche de cellules épithéliales généralement aplaties. En certains points, son épaisseur est telle qu'il est très difficile de la différencier d'avec un épithélium stratifié. De plus, quelques-unes de ces cellules portent des cils vibratiles. Enfin cette couche cellulaire ne présente aucune solution de continuité.

En dehors de ce revêtement épithélial, la paroi du kyste est formée de tissu conjonctif plus ou moins condensé, lâche et lamelleux en certains points, plus tassé en d'autres.

Par endroits, ces faisceaux conjonctifs, formés de fibres relâchées, sont dissociés par des espaces interfasciculaires plus ou moins volumineux occupés par de nombreux éléments arrondis de petit volume, à noyau volumineux, très fortement coloré, entouré d'une mince zone protoplasmique (lymphocytes).

Cette infiltration lymphocytaire augmente insensiblement, repousse les fibres conjonctives, s'organise en traînées tourbillonnées qui aboutissent à des amas dont l'ensemble rappelle le tissu amygdalien.

Ces zones d'infiltration leucocytaire ne forment pas une couche continue. Entre elles et en dehors d'elles sont de nombreux vaisseaux dont certains sont gorgés de globules rouges. Ils sont disséminés sans ordre dans toute l'épaisseur de la paroi kystique. Les uns sont réduits à leur paroi endothéliale ; d'autres, au contraire, présentent des parois fortement épaissies comme si, à un certain moment, ils avaient été le siège d'un processus inflammatoire dont l'existence ne se révèle, d'autre part, par aucun autre signe histologique ou clinique.

Nous devons signaler aussi la présence, en quelques points des préparations, d'îlots de tissu cartilagineux hyalin, caractérisé par la présence d'amas de cellules inclus dans une substance fondamentale collagène; ainsi que celle de masses de fibres musculaires lisses disséminées sans ordre dans l'ensemble des préparations.

Aucun signe de dégénérescence maligne de ces différents tissus n'a été observé.

Voici donc une observation de kyste congénital du cou, où il a été trouvé indiscutablement du tissu lymphoïde plus ou moins abondant, sous le revêtement épithélial qui tapissait sa face interne.

On peut diagnostiquer: Kyste congénital du cou à structure amygdalienne.

Pour confirmer ce diagnostic, nous allons donner le résumé des observations que Terrier et Lecène ont publiées dans un article très documenté. (*Revue de Chirurgie,* 1905).

Observation première

(Résumée: Terrier et Lecène)

Jeune fille de 19 ans, opérée d'un kyste dermoïde de la région cervicale droite.

Constatation de la tumeur, par hasard, deux ans auparavent. Accroissement lent et indolore.

Au moment de l'opération, elle a le volume d'une orange et siège à la partie moyenne du sterno-mastoïdien droit. Elle est bien limitée, mobile, nettement fluctuante. Pas de retentissement ganglionnaire.

Enucléation facile. Le kyste apparaît recouvert par un lacis veineux très développé.

Le contenu est blanchâtre et d'aspect purulent.

Guérison rapide par première intention.

Examen histologique. — Le paroi kystique est constituée de dehors en dedans:

1° Par une capsule d'enveloppe fibreuse, formée de tissu conjonctif, parsemée de quelques vaisseaux;

2° Par un revêtement interne qui comprend lui-même deux portions bien différentes:

a) En dedans un épithélium pavimenteux stratifié, avec couche basale bien développée; nulle part il n'existe de cellules chargées d'éléidine ni de couche cornée;

b) En dehors, on rencontre une épaisse couche de tissu lymphoïde, qui présente même, en certains points, des centres germinatifs des plus nets. Le reticulum de ce tissu lymphoïde enferme dans ses mailles de nombreux lymphocytes. L'épithélium pavimenteux est même pénétré par des leucocytes, comme on le constate normalement au niveau de l'amygdale, par exemple.

Observation II

(Résumée: Terrier et Lecène)

Jeune homme de 21 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de la région carotidienne gauche.

Elle serait apparue il y a deux ans. Actuellement, elle a le volume d'une mandarine. Elle adhère en arrière au sterno-mastoïdien. Là, elle est de consistance dure. En avant, au contraire, elle est de consistance beaucoup plus molle et, en un point même, elle est fluctuante. La peau est mobile sur elle. Pas de ganglions perceptibles au niveau du cou, des aisselles et des aines.

A l'opération, on trouve une sorte de pédicule qui relie la tumeur kystique au muscle sterno-mastoïdien.

Le contenu est verdâtre, d'aspect purulent.

Extirpation complète de la poche. Guérison rapide en dix jours.

Examen histologique. — La paroi kystique présente la structure suivante:

1° En dehors, une coque fibreuse dense et peu vasculaire;

2° En dedans un revêtement composé:

a) D'un épithélium pavimenteux stratifié, sans cellules à éléidine, ni couche cornée;

b) D'une nappe de tissu lymphoïde, renfermant dans ses mailles de nombreux lymphocytes.

Ensuite, Terrier et Lecène résument les quelques observations qu'ils ont pu trouver dans la littérature, relatives aux kystes du cou, présentant du tissu lymphoïde dans leurs parois.

Ils en concluent que tous ces kystes sont identiques et ont une origine commune, à savoir: « l'endoderme de la paroi pharyngienne primitive, au point où elle donne naissance à l'amygdale, c'est-à-dire entre le deuxième et le troisième arc branchial ».

Si nous comparons, point par point, notre observation avec celles de ces auteurs, il est évident que nous trouverons de nombreuses différences. Chez nous, grande vascularisation, présence de tissus musculaire et cartilagineux; par contre, l'épithélium de revêtement est le plus souvent réduit à une seule couche de cellules et présente en certains endroits des cellules à cils vibratiles.

Ces points de détail, qui auraient fait le bonheur des histologistes anciens, ne doivent pas nous arrêter. Ils prouvent simplement que, d'après la théorie pathogénique que nous admettons, nous avons affaire à une tumeur mixte à structure plus complexe que celles décrites par Terrier et Lecène. Au contraire, le seul point intéressant est la présence de ce tissu lymphoïde, puisqu'il caractérise toute une catégorie nouvelle de Kystes congénitaux du cou: Kystes amygdaloïdes de Terrier et Lecène, Kystes pharyngoïdes de Chevassu, Kystes épithélio-lymphoïdes d'Estor et Massabuau.

CHAPITRE III

Etiologie — Pathogénie

Du point de vue étiologique, nous serons très brefs ; car on ignore à peu près tout des causes qui provoquent la formation de ces kystes.

Tout ce qui a été dit sur l'origine des kystes congénitaux du cou en général, peut être répété pour ces kystes amygdaloïdes.

L'Hérédité, le Traumatisme antérieur, l'Influence de l'Age, celle du Sexe peuvent être invoqués sans que rien puisse confirmer ou infirmer ces dires.

Nous sommes impuissants, dans l'état actuel de nos connaissances, à donner une explication rationnelle et satisfaisante de l'étiologie de ces tumeurs.

Leur étude pathogénique, par contre, nous arrêtera plus longuement.

Son développement est lié étroitement aux progrès de l'Embryologie. Chaque découverte faite dans cette dernière donne naissance à une nouvelle théorie pathogénique. Mais le nombre et la variété de ces explications prouvent trop bien leur impuissance à résoudre ce problème du point de vue le plus général. En effet, la plupart ont le grave défaut de ne s'appliquer, non seulement qu'à une variété, mais encore qu'à une localisation spéciale d'une variété. Elles ont presque toutes un point de départ commun : à savoir l'origine congénitale de ces tumeurs et

recherchent par suite la raison de leur formation dans une anomalie de développement.

De ce qui précède, il résulte donc que la congénitalité de ces tumeurs est admise pour tous les auteurs. Si elles n'existent que très rarement à la naissance, le plus grand nombre d'entr'elles se révèlent dans le jeune âge. Ce retard dans leur apparition, que Verneuil a appelé « phase de stagnation» est plus ou moins long et n'a rien qui doive surprendre. On conçoit très bien qu'un kyste puisse, pendant un temps assez long, garder un très petit volume et passer inaperçu jusqu'au jour où, sous l'influence de certaines modifications du milieu intérieur, telles que celles qui accompagnent la puberté, ou de toute autre cause, il prendra un accroissement nouveau qui attirera sur lui l'attention du sujet ou celle de son entourage.

Nous allons passer rapidement en revue, dans le seul souci de présenter un tout complet, les différentes théories pathogéniques émises jusqu'à ce jour.

Signalons, pour mémoire, la théorie de la *Grossesse extra-utérine,* très voisine de celle de l'inclusion, soutenue par Geoffroy Saint-Hilaire, Cruveilhier et Atquié, de Montpellier. Elle ne pouvait s'appliquer qu'à quelques cas particuliers et fut vite abandonnée.

De même, la théorie de la *Parthénogénèse,* de R. Owen, qui ne diffère de la précédente que par l'insexualité de la génération.

L'*Origine folliculaire* de certains kystes dermoïdes simples dont A. Cooper et Tyson furent les défenseurs, ne résista pas longtemps à l'étude et alla dans l'oubli rejoindre les deux précédentes.

La théorie de la *Diplogénèse par inclusion* ne nous arrêtera pas longtemps. Le fait essentiel de cette théorie consiste à considérer le kyste comme un individu primitivement distinct et sa formation comme le résultat d'une monstruosité double. Emise par Geoffroy Saint Hilaire et soutenue par plusieurs auteurs, principalement par Pigné, elle fut battue en brêche par Lebert et, plus tard, par Broca. Sans entrer dans le détail de la discussion, cette théorie ne convient pas au cas qui nous occupe. Elle ne pourrait s'appliquer qu'aux monstruosités présentant les formes bien caractérisées des deux sujets composants.

Lebert opposa à la précédente la théorie de l'*Hétérotopie plastique* qu'il résume ainsi: « Beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre point ». Il admet donc, comme la seule explication rationnelle de ces tumeurs, leur production autogène et spontanée. On comprend qu'une fois engagé dans cette voie, l'on ne puisse prévoir où l'on devra s'arrêter. Lebert reconnaît qu'il est impossible de fixer les limites de l'hétérotopie, et il pense que la loi qu'il formule doit être appliquée à un grand nombre de tissus. « Déjà aujourd'hui, dit-il, cette loi s'applique à l'épiderme, au pigment, aux tissus adipeux, fibreux, fibroplastique, musculaire tant organique que du mouvement volontaire, cartilagineux et osseux et, parmi les organes plus complexes, aux poils, aux glandes, aux dents. » (Traité d'anat. pathol., t. I, p. 256). Il s'arrête pourtant dans sa généralisation. Il refuse d'une façon absolue aux tissus formés en vertu de cette loi, la propriété de se disposer en parties, rappelant par leur forme le type

normal, et il admet pour les tumeurs très complexes, soit la grossesse extra-utérine, soit l'inclusion.

Dans sa théorie, Lebert ne tient aucun compte de l'origine congénitale de ces tumeurs. Pour lui, cette hétérotopie n'est pas un simple mot. Elle répond à une doctrine bien définie : celle de la production autogène des tumeurs par l'organisme lui-même, en vertu d'une « aberration particulière de la nutrition ». (*Loc. cit.*, p. 256).

L'idée n'était pas absolument neuve. Lorsque Meckel, parlant de la formation de certaines tumeurs ovariennes, les expliquait par « une exaltation d'activité plastique », c'était l'idée et presque le mot de Lebert. De même Ruysch, Gambini, Meissmer, Cruveilhier professaient une opinion analogue. Mais si l'opinion avait déjà été émise de divers côtés, Lebert eut du moins le mérite de la formuler nettement, de lui donner un caractère de généralité qui lui manquait jusqu'alors, de caractériser la doctrine par un nom, et de l'appuyer sur un grand nombre de faits jusque-là épars, qu'il rassembla et soumit à la critique. (Lannelongue et Achard).

Cette théorie ne tarda pas à trouver des partisans, dont les uns l'acceptèrent complètement, tandis que d'autres, sans l'adopter comme théorie générale, l'admirent au moins pour expliquer quelques faits.

Elle eut aussi des adversaires, parmi lesquels il nous faut citer Broca, Depaul et surtout Verneuil.

On peut lui reprocher tout d'abord de ne pas expliquer la congénitalité indubitable des productions qui nous occupent. Ensuite, cette genèse directe qui en est la base est contraire à toutes les données histologiques actuelles.

Il nous a paru intéressant de nous arrêter aussi longuement sur cet exposé, vu son importance historique. Si Lebert n'a pas pu dissiper les obscurités de la pathogénie des kystes congénitaux, il a fait faire un grand pas à leur

étude, par la quantité de matériaux qu'il a réunis et le nombre de controverses qu'il a fait naître.

Peu après, Verneuil, qui avait été l'un des principaux adversaires de Lebert, publia, en 1855, un mémoire dans lequel il expose une nouvelle théorie: celle de l'*Enclavement,* qui n'est autre chose que la généralisation de la *théorie branchiale.*

Avant d'entrer dans le détail, nous devons faire succinctement l'histoire du développement de la région qui nous intéresse, telle que la comprenaient les auteurs d'alors et qui est restée classique jusqu'à ces toutes dernières années.

La face et le cou se forment aux dépens de bourrelets qui, partant de la face dorsale de l'embryon, s'avancent vers la face ventrale. Ces bourrelets, appelés à tort, comme nous le verrons plus loin, « arcs branchiaux », sont séparés par des sillons ou « fentes branchiales ».

Le cou dépendrait des deuxième, troisième et quatrième arcs. De plus, par suite du développement prépondérant du deuxième arc, les deux derniers sont enfouis vers la base du cou. Il se forme ainsi, entre l'arc hyoïdien et la paroi cervicale, une dépression appelée « sinus prœcervicalis » de His. Enfin, de l'arc hyoïdien part bientôt un petit prolongement, le « processus operculaire », qui, passant au devant du sinus précervical, finit par se souder à la paroi du corps fermant ainsi le sinus et le transformant en une cavité close de toutes parts.

Ces arcs et ces fentes sont revêtus d'une couche épithéliale pavimenteuse à l'extérieur, prismatique ciliée sur la face interne. La condition absolue de l'occlusion de ces fentes et, par conséquent, de la soudure de ces arcs, est la disparition complète de cet épithélium. Supposons que,

pous une raison inconnue, cet épithélium persiste, l'occlusion est incomplète et il en résulte un trajet anormal qui sera appelé: fistule congénitale. Supposons, de même, que cette soudure, au lieu de se faire jusqu'au fond de la fente, ne se fasse que sur ses bords. L'aspect extérieur est normal; mais dans la profondeur, nous avons « enclavement » de portions de parois épithéliales qui, se mettant à proliférer, vont donner toute la gamme des tumeurs congénitales du cou.

Déjà, en 1852, Verneuil, répondant à Lebert devant la Société Anatomique, avait émis l'opinion que les kystes dermoïdes des sourcils, de l'orbite et de son pourtour, se développaient aux dépens du revêtement cutané qui tapisse chez l'embryon la fente fronto-maxillaire. Plus tard, il généralisa cette explication et l'étendit aux kystes du plancher de la bouche. Enfin, dans son mémoire de 1855, il admettait la formation des kystes dermoïdes en divers points du corps, aux dépens de plicatures accidentelles de la peau du fœtus!

C'était donc bien l'exposé d'une théorie applicable à de nombreux cas et invoquant un mécanisme toujours semblable.

Cette théorie fut acceptée par tous. Lannelongue et Achard, dans leur travail sur les « kystes congénitaux », y consacrent de nombreuses pages. On peut y lire (p. 113) : « Ainsi donc, si on fait aux kystes branchiaux l'application de la théorie de l'enclavement, si l'on considère ces kystes comme dérivant des fentes branchiales dont une partie persistante est restée enclavée au milieu des autres tissus, toutes les particularités que nous venons de passer en revue s'expliquent aisément. Cette théorie est même la seule qui rende compte de la conformité anatomique des kystes branchiaux et des fistules congénitales du cou. C'est

aussi la seule qui permette d'embrasser, dans une vue d'ensemble et de relier par une commune origine les différents vices de conformation qui résultent de l'évolution anormale des fentes branchiales ».

Pour ce qui est des kystes amygdaloïdes, leur origine branchiale a été soutenue par Pilliet et surtout par Terrier et Lecène. Ces derniers, après avoir constaté que ni Lannelongue et Achard, ni Kirmisson, dans leur traité classique, ne parlaient de ces kystes dans la paroi desquels se trouvait une zone de tissu lymphoïde, ont cherché l'explication de cette présence et sa signification pathogénique.

Ils se rallient à l'opinion soutenue par Pilliet qui est d'ailleurs classique en Allemagne. Jourdan, en effet, écrit: « La présence de tissu lymphoïde dans la paroi d'un kyste branchial du cou à revêtement pavimenteux stratifié permet d'assigner à ces kystes une origine pharyngienne entodermique ». (*Hanbd. der praktisch. Chirurgie*).

On sait que la caractéristique de la muqueuse pharyngienne est sa richesse en tissu lymphoïde. Très précocement (troisième mois de la vie intra-utérine), l'épithélium pharyngien forme au niveau de la deuxième fente branchiale des invaginations en doigts de gant qui sont les premières ébauches de l'amygdale. C'est à ce niveau que prendrait naissance la tumeur. Terrier va encore plus loin. De l'étude d'une observation de Bottini (La chirurgica del collo, Milano, 1896), il déduit qu'une de ces invaginations peut être inutilisée, s'inclure et donner naissance à une tumeur kystique, dont la paroi contiendra à la fois un épithélium et du tissu lymphoïde.

Cette théorie pathogénique est évidemment très séduisante, mais elle pèche par la base.

Les travaux récents ont montré que les fentes branchiales n'existaient pas. Tout au plus peut-on parler de sillons

peu profonds, de dépressions légères qui sépareraient les arcs les uns des autres, sans aucune solution de continuité entr'eux. On ne peut donc plus invoquer un « arrêt » de développement pour expliquer kystes et fistules. On parle alors d'un « vice » de développement. Mais avec ce terme, nous entrons dans le vague et l'imprécision. La théorie, si claire au début, s'obscurcit de plus en plus.

Il y a plus encore. Des auteurs contemporains, dont M. le professeur Vialleton, se sont attaqués aux arcs branchiaux eux-mêmes.

Tous les embryons de vertébrés possèdent en arrière de la tête et en avant du thorax, des ébauches improprement appelées « arcs branchiaux ». En effet, si ces ébauches, qui ont une évolution différente dans chaque espèce, forment l'appareil branchial des poissons, chez les amniotes et chez l'homme elles sont destinées à disparaître relativement vite. Rien n'autorise, pendant leur existence éphémère chez l'embryon humain, à les qualifier d'arcs branchiaux. Ce terme, s'appliquant à une ébauche qui n'a d'ailleurs rien de branchial, peut induire en erreur en faisant penser que l'embryon humain passe par un stade branchié rappelant celui d'un poisson ancestral, ce contre quoi s'élève M. le professeur Vialleton dans son travail magistral sur les Origines de la vie (1923).

De plus, M. Vialleton démontre combien peu importante est la part prise dans la formation du cou par ces ébauches ou « arcs viscéraux », comme il les appelle.

Sur un embryon humain de 15 millimètres on ne trouve déjà plus de traces de ces derniers. Aussi a-t-on tort de considérer le cou comme formé d'anneaux successifs, répondant chacun à une paire d'arcs viscéraux.

M. Vialleton a démontré depuis longtemps que toute la partie cervicale comprise entre l'os hyoïde d'une part, et

les deux clavicules de l'autre, ne provenait pas de ces arcs viscéraux, mais bien d'une portion de la paroi médiane ventrale, interposée entre les extrémités de ces arcs et qu'il nomme « paroi prépéricardique ». Cette paroi prépéricardique ne dépend donc en rien du système viscéral.

Il en résulte que les enclavements de tissus entre deux arcs viscéraux qui s'accolent sont matériellement impossibles, soit dans la région carotidienne, soit dans la région sous-maxillaire.

Par quoi remplacer cette théorie?

Forgue et Massabuau mettent en relief l'idée suivante: Il existe une analogie frappante entre les kystes congénitaux du cou et les tumeurs mixtes des autres régions. Ils ne font en cela que reprendre les idées de Müller, Remak, Virchow et Bard, sur le travail d'hyperplasie cellulaire, qui aboutit à la formation d'une tumeur kystique ou non.

Dès 1838, en effet, Müller formulait sa loi qui disait: « Le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ot à l'état de développement complet ». Remarquons tout de suite que cette loi ruine complètement la conception de la génération spontanée, telle que l'exposait Lebert dans sa théorie de l'Hétérotopie plastique.

Remak, peu après, écrivait: « Les éléments cellulaires d'une tumeur dérivent d'éléments cellulaires préexistants de l'organisme », ce que Virchow synthétisait en: « Omnis cellula e cellula ».

Enfin, Bard introduit la notion de spécificité cellulaire en complétant ainsi l'axiome de Virchow: « Omnis cellula e cellula ejusdem generis ». Donc, les tumeurs peuvent se former en quelque point du corps que ce soit, aux dépens des tissus qui s'y trouvent.

Cette théorie générale a un avantage immence : celui de pouvoir s'appliquer non seulement à quelques cas particuliers, mais à toutes les tumeurs en général.

Pour nous, nous l'admettrons pour les kystes amygdaloïdes qui nous occupent. Ces kystes ont bien rarement une structure épithélio-lymphoïde pure. On peut trouver dans leur paroi, et l'observation de M. le Prof. Soubeyran en est un exemple probant, toutes sortes d'éléments : éléments cartilagineux, musculaire, vasculaire... Ceci ne doit pas nous étonner, la région cervicale étant très riche en tous ces tissus, surtout pendant la période fœtale.

D'autre part, les kystes lymphoïdes trouvés dans la région présternale et sur la ligne médiane de la poitrine ne pouvaient pas être expliqués par la théorie branchiale de Terrier et Lecène, comme nous l'avons vu plus haut ; tandis qu'ils le sont si on les assimile, d'une manière très légitime d'ailleurs, à des tumeurs mixtes.

En résumé, on n'a plus le droit, pour expliquer les kystes lymphoïdes et même les kystes congénitaux du cou, de s'en tenir à la conception étroite d'une origine branchiale. On doit, au contraire, les admettre dans la grande classe des *Tumeurs Mixtes,* tout au moins jusqu'à ce que des faits nouveaux viennent démontrer une pathogénie différente.

CHAPITRE IV

Etude clinique. — Diagnostic

Ces kystes sont congénitaux au sens pathogénique du mot. Quelquefois aussi ils le sont cliniquement. Ils peuvent apparaître dans les premières années de la vie ou bien on les voit se développer sans raison apparente, pendant l'adolescence, au moment de la puberté, ou à l'âge adulte.

Quoiqu'on en signale quelques-uns situés sur la ligne médiane, dans l'immense majorité des cas ils siègent sur la partie latérale de la région cervicale comprise entre les deux clavicules en bas et le maxillaire inférieur en haut.

Leur volume est très variable. Le kyste peut même passer inaperçu quand il est très petit. D'ordinaire on attend qu'il ait acquis un certain volume pour se décider à le montrer au chirurgien.

Son accroissement est lent. A un moment donné, il peut rester stationnaire. D'autre fois, lors de la puberté par exemple, il présente des poussées de développement rapide et peut alors doubler ou tripler de volume en quelques jours.

La tumeur est lisse, régulière, arrondie ou ovoïde, toujours nettement limitée, semi-mobile sur les plans profonds, irréductible et non pulsatile.

Sa consistance varie suivant la nature du contenu. Elle peut être relativement ferme ou nettement fluctuante. On peut observer tous les états intermédiaires.

La peau est mobile sur elle ou adhérente sur une petite surface. Elle a son aspect normal.

Un caractère constant est l'indolence absolue de ces tumeurs.

De plus, elles sont compatibles avec un bon état général et ne s'accompagnent jamais de retentissement ganglionnaire.

Leur diagnostic est relativement facile. Il suffit d'y penser quand on examine une tumeur de la région cervicale.

Un seul cas pourrait prêter à confusion: celui de la Tuberculose mono-ganglionnaire. En effet, dans ce cas, nous avons des rapports avec le paquet vasculo-nerveux, une forme, une indolence, une consistance identiques. Souvent ce n'est qu'après avoir extirpé la tumeur, en l'ouvrant, qu'on reconnaîtra sa véritable nature.

Quant aux Kystes congénitaux séreux de la même région, ils se caractérisent par leur limites imprécises, leur forme irrégulière, leur transparence, la sensation de fluctuation toujours très nette chez eux et, dans certains cas, leur réductibilité partielle.

Pour ce qui est des autres Kystes congénitaux de la même région, seul un examen histologique tranchera le

diagnostic. Celui-ci n'a d'ailleurs qu'une importance relative, puisque le traitement est le même dans les deux cas.

Les Angiomes ne nous arrêteront pas longtemps. Une seule variété pourrait peut-être prêter à confusion: celle des angiomes caverneux profondément situés. Mais, alors, on a affaire à une tumeur remarquable par sa diffusion. De plus, sa réductibilité presque complète par une compression méthodique et soutenue et, au contraire, son augmentation de volume et sa tension plus grande en plaçant la tête de l'enfant dans une position déclive ou sous l'influence des cris et des efforts, feront le diagnostic.

Quant aux Lipomes congénitaux, leur consistance plus grande, leur surface plus irrégulière et l'absence de fluctuation les différencieront des kystes amygdaliens.

CHAPITRE V

Complications. — Pronostic

Nous réunissons dans ce même chapitre les Complications et le Pronostic, car c'est d'elles que dépend celui-ci.

Disons tout de suite que les complications tendent à devenir de plus en plus rares. Cela tient, sans doute, à ce que le public se confie plus facilement au chirurgien qu'il ne le faisait au siècle dernier.

Quoiqu'il en soit, en attendant le temps heureux où elles n'existeront plus qu'à l'état de souvenir, nous devons en signaler deux groupes :

1° Les complications mécaniques ;

2° Les complications inflammatoires.

Les premières sont réalisées lorsque le kyste, se développant en arrière et en dedans, gagne le médiastin. Il peut alors réaliser le tableau complet des tumeurs du médiastin, dominé surtout par des phénomènes de compression : compression de la veine cave supérieure, se traduisant par la cyanose de la face et l'œdème de toute la partie supérieure du thorax, avec céphalalgies, éblouissements, vertiges (ces derniers signes pouvant contribuer à faire errer le diagnostic) ;

Compression des veines pulmonaires qui produit l'hydro-thorax;

Compression de la trachée, d'où dyspnée continue;

Compression d'une bronche;

Compression des nerfs qui s'annonce par des symptômes propres aux nerfs lésés: pneumogastrique, récurrent, sympathique, phrénique;

Compression de l'œsophage entraînant de la dysphagie.

En plus de ces symptômes fonctionnels, nous aurons des signes physiques fournis par la percussion (matité); l'auscultation (souffle); la radioscopie (élargissement de l'ombre normale du médiastin).

On n'a jamais un tableau aussi complet... heureusement pour le jeune malade. C'est surtout l'asphyxie qui attire l'attention. Ceci n'est pas pour nous étonner, vu la faiblesse des arcs cartilagineux de la trachée de l'enfant.

Les complications inflammatoires succéderont aux frottements répétés, aux excoriations superficielles, aux inflammations du voisinage, ou bien à la ponction intempestive ou non aseptique de la tumeur.

Inflammation, suppuration et fistulisation secondaire sont les différentes étapes de l'évolution du kyste abandonné à lui-même. Elles s'accompagnent de douleurs spontanées ou à la pression. Puis la tumeur ne tarde pas à se fixer à la peau qui s'épaissit et prend une teinte rosée. Enfin, elle s'ouvre spontanément, donne issue à une certaine quantité de pus et, au kyste, on voit succéder une de ces « fistules congénitales secondaires » des anciens auteurs.

Enfin, la dernière complication à signaler, la plus grave sinon la plus fréquente, est la dégénérescence maligne de la paroi.

Malgré ce, le pronostic de ces tumeurs amygdaliennes est bon. Leur développement n'a aucun retentissement sur l'état général du petit malade et rarement ces kystes mettent les jours de l'enfant en danger. Seuls, ces kystes, qui atteignent des volumes considérables, peuvent être d'un pronostic réservé. Mais ils sont de plus en plus rares et nous croyons que le jour est proche où elles disparaîtront à jamais de la scène chirurgicale.

CHAPITRE VI

Traitement

Les Kystes amygdaloïdes étant des tumeurs bénignes, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que le traitement de choix est l'*Extirpation radicale,* opération relativement facile dans le plus grand nombre des cas.

La Ponction suivie de l'injection de liquides modificateurs, l'Ignipuncture ne constituent pas, à proprement parler, un traitement, car elles sont suivies infailliblement de récidives.

Mais de même qu'il n'y a pas de règle sans exceptions, nous devons faire quelques réserves dans deux cas bien déterminés.

A notre avis, le tout jeune enfant n'est pas susceptible de faire les frais d'une intervention sanglante et nous croyons sage de fixer à deux ans l'âge minimum pour l'opération, sauf les cas d'extrême urgence, dans lesquels on sera guidé par les circonstances. Mais même ici nous pensons que la ponction est préférable à une intervention plus complète.

Enfin, il faut envisager le cas où l'intervention est refusée par le malade ou son entourage. Ici on aura recours à la Ponction, suivie de l'injection de liquides modificateurs (comme la teinture d'iode par exemple), à l'Ignipuncture. On pourra essayer aussi la Radiothérapie.

CONCLUSIONS

I. — Le Kyste, dont nous rapportons l'observation, doit être classé dans le groupe des kystes congénitaux lymphoïdes.

II. — La théorie des arcs branchiaux est impuissante à expliquer la pathogénie de ces kystes, car elle ne répond plus aux données actuelles de l'histologie du développement de la région cervicale. On doit les classer dans le groupe des « Tumeurs mixtes ».

III. — Le Pronostic est bénin du fait de leur évolution lente, sans aucun retentissement sur l'état général.

IV. — Le Traitement de choix est « l'Extirpation radicale ». Cette extirpation devra être complète et comprendre, notamment, le pédicule qui, le plus souvent, rattache ces tumeurs au paquet vasculo-nerveux du cou.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Bull. Soc. Anat., 1885.

Aubriot. — Branchiome kystique du cou. *Compte rendu Soc. de Biol.,* Paris, 1922.

Bandy. — Tumeurs du cou d'origine embryonnaire. *Arch. Méd., Toulouse,* 1900.

Bartumeus. — Quiste branquial del hueco suproclavicular derecho. *Rev. de Cien. Med.,* Barcelone, 1901.

Boucher. — Etude sur les kystes congénitaux du cou. Thèse Paris, 1868.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, 1821, t. VII.

Broca. — Traité de chirug. de Duplay et Reclus, 1898, t. V.

— Traité des tumeurs, t. II.

Burney. — Excision of a branchiogenic cyst. *Med. News.,* Philad., 1890.

Campenon. — Des kystes congénitaux du cou et de leur traitement. Thèse Paris, 1876.

Castiglioni. — Tumori cistici congeniti del collo. *Atti. d. Soc. lomb.,* Milan, 1921.

Cestan. — Kyste branchial de la région latérale du cou. *Toulouse Méd.,* 1905.

Chevassu. — Kystes branchiaux à structure pharyngo-salivaire. *Journ. de Chir.,* 1908, t. I.

Cignozzi. — Sur quelques kystes congénitaux du cou, d'origine branchiale et para-branchiale. *Journ. de Chir.,* 1911, t. VII.

Corone. — Les kystes congénitaux de la région latérale du cou. *Presse Médic.*, 1912.

Coyne. — Des Kystes. *Arch. Clin.*, Bordeaux, 1892.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique, t. III.

De Gaetano. — Difformités du cou par malformation em bryonnaire : kystes et fistules congénitaux. *Journ. de Chirurg.*, 1922, t. XIX.

— Sulle cisti congenite del collo. *Pens. Med.*, Milan, 1922.

— Cisti et fistule congenite del collo. *Ann. ital. di Chir.*, Bologne, 1922.

Duplay. — Diagnostic et Traitement des kystes congénitaux branchiaux. *Semaine Médicale*, Paris, 1895.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, 1891.

Forgue. — Précis de Path. Ext., 1922.

Fredet et Chevassu. — Deux cas de kystes congénitaux du cou. *Rev. de Chir.*, t. XXVII.

Hawkins (C.). — On a particular for of congenital tumours of the neck. *Med. chir. Transact.*, 1839.

Heurtaux. — Kystes. Diction. de chir. prat., Paris, 1874.

Jeanbrau. — Kyste congénital du cou à paroi lymphoïde. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1901.

Kelaiditis. — Kyste de la région latérale gauche du cou. *Gaz. Médic. d'Orient*, Constantinople, 1895.

Kirmisson. — Kystes congénitaux du cou. *Méd. Mod.*, Paris, 1904.

— Maladies congénitales.

Lannelongue. — Sur un cas de kystes congénitaux du cou. *Leçon de clin. chir.* Paris, 1884.

Lannelongue et Achard. — Kystes congénitaux.

Lannelongue et Ménard. — Affections congénitales.

Lebert. — Soc. biolog., 1852.

— Traité d'anatomie pathologique, t. I.

Lebœuf. — Contribution à l'étude des branchiomes épithéliaux de la région cervicale. Bordeaux, 1903.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chir., Paris, 1913, t. xxi.

Lenormant. — Maladies congénitales in Précis de path. ext., 1920.

Lucke. — Arch. für klin chir., 1861, t. i.

Maunoir. — Mémoire sur l'hydrocèle du cou, 1825.

Masson. — Diagnostics de laboratoire, 1923, t. ii.

Neumann et Baumgarten. — Archiv. für klin. chir., 1872, t. xx.

Paul. — Congenital cysts of the neck. *M. Chir. J.* Liverpool, 1900.

Redenbacher. — De ranula sublingua, speciali cum casu congenito. Munchen, 1829.

Saint-Hilaire (Geoffroy). — Histoire des anomalies.

Savonien. — Tumeurs congénitales du cou. *Jour. de chir.*, 1908, t. i.

Schede. — Archiv. für klin chir., 1872, t. xiv.

Sulicka (Mlle). — Thèse Paris, n° 432, 1894.

Sultan. — Deustche Zeisch. für chir., 1898, t. xlviii.

Terrier et Lecène. — Les kystes branchiaux du cou à structure amygdalienne. *Rev. de chir.*, 1905, t. xxxii.

Tillaux. — Des kystes en général. *Gaz. des Hôp.*, 1886.

Vialleton. — Embryologie in Anat. hum. de Testut, 1923.

Virlet. — Des kystes congénitaux du cou. Thèse Paris, n° 150, 1853.

Walther. — Contribution à l'étude du traitement des kystes du cou. Soc. de Chir., Paris, 1896.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude des Kystes Congénitaux Lymphoïdes de la base du Cou.

Par M. Luc Dunan

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 31 Mars 1924

Le Professeur,

VIRES.

Vu :

Montpellier, le 2 Avril 1924.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 3 Avril 1924.

Le Recteur,

Jules COULET.